·论著·

县域医共体下家庭医生团队知识共享现状及影响因素研究

丛雅婷[1]，戴遥[2]，鲍欣雨[1]，陶红兵[1，3*]

1.430030 湖北省武汉市，华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院
2.321000 浙江省金华市，浙江大学医学院附属金华医院质量控制办公室
3.430030 湖北省武汉市，华中科技大学同济医学院医院管理与发展研究中心
*通信作者：陶红兵，教授/博士生导师；E-mail：hhbtao@hust.edu.cn

【摘要】 **背景** 县域医共体下家庭医生团队知识共享是县乡村三级机构之间互动的重要方式，对于提升区域医疗卫生服务质量、改善居民健康水平等起着重要作用。**目的** 了解县域医共体下家庭医生团队的知识共享现状，探讨其影响因素，为促进家庭医生团队内部知识管理和能力提升提供科学依据。**方法** 于2022年10—12月，采用方便抽样法在湖北省抽取2个县域医共体，经多阶段抽样选取医共体下的381个家庭医生团队为研究对象。采用自编团队知识共享调查问卷调查团队的知识共享水平，包括显性知识共享、隐性知识共享两个维度。采用多元线性逐步回归分析探讨家庭医生团队知识共享的影响因素。**结果** 县域医共体下家庭医生团队知识共享总得分为（27.84±3.84）分，显性知识共享、隐性知识共享维度的平均得分分别为（5.51±0.79）、（5.61±0.77）分。多元线性逐步回归分析结果显示，学历异质性指数、团队长作用、团队沟通强度、平台载体使用水平、团队活动强度、成员学习积极性是县域医共体下家庭医生团队知识共享得分的影响因素（P<0.05）。**结论** 县域医共体下家庭医生团队内部知识共享处于良好水平，仍有提升空间。建议通过增加家庭医生团队活动频次，提高团队沟通能力，采取相关激励措施，拓展知识共享渠道等措施促进家庭医生团队成员知识共享。

【关键词】 县域医共体；家庭医生团队；团队知识共享；团队管理；影响因素分析
【中图分类号】 R 197 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0907

The Knowledge Sharing of Family Doctor Team and Influencing Factors under the County Medical Community

CONG Yating[1]，*DAI Yao*[2]，*BAO Xinyu*[1]，*TAO Hongbing*[1，3*]
1.School of Medicine and Health Management，Tongji Medical College，Huazhong University of Science and Technology，Wuhan 430030，China
2.Quality Control Office，Affiliated Jinhua Hospital，Zhejiang University School of Medicine，Jinhua 321000，China
3.Research Center for Hospital Management and Development，Tongji Medical College，Huazhong University of Science and Technology，Wuhan 430030，China
**Corresponding author：TAO Hongbing，Professor/Doctor supervisor；E-mail：hhbtao@hust.edu.cn*

【Abstract】 **Background** Knowledge sharing of family doctor teams under the county medical community is an important way of interaction between the county and rural institutions，which plays an important role in enhancing the quality of regional medical and health services and improving the health of residents. **Objective** To investigate the knowledge sharing among family doctor teams under the county medical community，to explore its influencing factors，and to provide a scientific basis for promoting knowledge management and capacity enhancement within family doctor teams. **Methods** From October to December 2022，Multistage sampling was used for selecting 381 family doctor teams under two county medical communities were selected

基金项目：国家自然科学基金面上项目（72074093）
引用本文：丛雅婷，戴遥，鲍欣雨，等.县域医共体下家庭医生团队知识共享现状及影响因素研究［J］.中国全科医学，2024. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0907.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
CONG Y T，DAI Y，BAO X Y，et al. The knowledge sharing of family doctor team and influencing factors under the county medical community［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］

as study subjects in Hubei Province using the convenience sampling method, and a self-administered team knowledge-sharing questionnaire was used to investigate the knowledge-sharing level of the included subjects, and multivariate linear stepwise regression analyses were used to explore the influencing factors of the knowledge-sharing of family doctor teams, including two dimensions of explicit knowledge sharing and implicit knowledge sharing. **Results** The total knowledge sharing score of family doctor teams under county medical communities was (27.84 ± 3.84), and the mean scores of the two dimensions of explicit and implicit knowledge sharing were (5.51 ± 0.79) and (5.61 ± 0.77), respectively; the results of the multivariate linear stepwise regression analysis showed that the heterogeneity of academic qualifications, intensity of team communication, intensity of team activities, motivation of members to learn, the use of platform carriers, and the team leader's role were the influencing factors of knowledge sharing of family doctor teams under the county medical community (P<0.05). **Conclusion** Knowledge sharing within the family doctor team under the county medical community is at a good level, and there is still room for improvement. It is recommended to improve the level of knowledge sharing among family doctor team members by increasing the frequency of family doctor team activities, improving the intensity of team communication, adopting relevant incentives, and expanding knowledge sharing channels.

【Key words】 County medical community; Family doctor team; Knowledge sharing in team; Team management; Root cause analysis

县域医共体内，县乡村三级医疗机构之间的技术支持成为机构间互动的主要内容，而知识共享也成为医共体内人员互动的重要方式[1]。家庭医生团队是县域医共体内提供基本医疗服务和基本公共卫生服务的主体[2]，主要由乡镇卫生院医务人员、村卫生室医务人员及县医院专科医生组成。团队成员合作完成家庭医生团队签约服务工作，服务过程中成员之间通过知识和信息的交换和讨论以更好地服务居民，因此知识共享是家庭医生团队提高服务质量和效率的重要手段。团队知识共享是指团队成员间多渠道的知识交换和讨论，通过知识、技术、经验交流，能够促进知识利用价值的效应最大化[3]。根据知识属性，可以将知识共享划分为显性知识共享和隐性知识共享[4]，前者主要指共享记录知识的文档、指南和手册等，后者主要指共享技术、经验等不可记录或不方便记录的知识。通过知识交流、传递和共享，医共体内能够形成知识资产链，避免知识资源浪费[5]。家庭医生团队内部知识共享是县域医共体知识共享的重要组成，对于提升基层医疗卫生服务能力和服务质量起着重要作用。现有的医疗卫生领域知识共享研究主要探讨医院团队内知识共享[6]、医患之间知识共享[7]，以及在医共体内探讨不同层级机构之间的知识共享范畴[1]、互动形式及保障[8]，对家庭医生团队知识共享情况的研究相对较少。针对县域医共体下家庭医生团队知识共享开展研究，能够从社会认知、团队互动等角度为优化团队内部运行提供思路。本研究以家庭医生团队为研究对象，探讨当前县域医共体下家庭医生团队知识共享水平及影响因素，为提升家庭医生团队知识管理水平、优化沟通交流机制提供科学依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

于 2022 年 10—12 月，采用方便抽样法在湖北省抽取政策环境相对一致的 2 个紧密型县域医共体，采用随机抽样法在医共体内抽取 24 家乡镇卫生院，每家乡镇卫生院按家庭医生团队数量的 60% 及所辖行政村地区分布抽取样本家庭医生团队，对抽取的家庭医生团队内所有成员开展问卷调查。共发放问卷 1 587 份，回收有效问卷 1 587 份，匹配得到 381 个家庭医生团队。纳入标准：（1）团队成立及开展工作时间 >1 年；（2）团队作答人数达到成员总数的 2/3；（3）通过团队内部一致性检验。在收集数据前，已获得调查对象的知情同意。

1.2 调查方法

采用自填式调查问卷对家庭医生团队成员进行调查。调查问卷包括 4 个部分：（1）团队成员基本情况，包括性别、年龄、学历、专业背景、用工形式；（2）团队基本情况，包括团队成立时间、团队成员数、团队成员组成、管辖居民数量、近 3 年有无人员流动；（3）知识共享相关因素，包括团队长作用、团队沟通强度、平台载体使用水平、团队活动强度、合作配合满意度、团队管理满意度、成员学习积极性、成员学习收获程度，均采用 3 级评分方式；（4）团队知识共享情况，参考 BOCK 等[9]编制的量表，包括两个维度 5 个条目，分别为显性知识共享 2 个条目、隐性知识共享 3 个条目，各条目均采用 Likert 7 级评分法，分数越高表明团队知识共享水平越高，该量表在本研究中的 Cronbach's α 系数为 0.98，信效度良好。

1.3 质量控制方法

正式调查前，抽取湖北省某紧密型县域医共体下 2 家乡镇卫生院所辖的家庭医生团队发放问卷进行预调查，利用预调查反馈信息及发现问题，修订并完善问卷。正式调查采用不记名形式进行现场问卷调查，研究者给出统一指导语、问卷填写方式和要求，对可能出现的问题给予统一回答。数据处理阶段，对问卷进行逻辑检查，剔除回答有明显规律性或超过 20% 条目漏填的问卷。

1.4 统计学方法

本研究为团队层面研究，而各变量的测量为个体层面数据，需将个体层面测量结果整合为团队层面数据。使用组内一致性（*Rwg*）指标和组内相关（*ICC*）指标对个体样本数据是否能够聚合团队层面进行检验[10]。对通过检验的个体数据以加总平均的形式聚合到团队层面，形成团队层面数据。通过计算异质性对团队成员基本情况数据进行处理，采用 *Blau* 指数来计算性别、学历、专业背景、用工形式等分类变量异质性，公式为 $1-\sum(P_m)^2$，P_m 为团队成员在第 *m* 个分类中所占的比例，*Blau* 指数取值［0，1］，指数值越小表明团队成员之间该变量差异越小；采用计算变异系数的方法来计算年龄等连续变量异质性，公式为 $SE/\bar{x}$，*SE* 为变量标准差，变异系数越大表明连续型变量异质性越大[11]。

采用 SPSS 26.0 统计软件进行数据分析。计数资料以相对数表示；符合正态分布的计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，两组间比较采用 *t* 检验，多组间比较采用单因素方差分析。家庭医生团队知识共享的影响因素分析采用多元线性逐步回归分析。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 家庭医生团队数据聚合情况

通过测量得出，团队知识共享情况、知识共享相关因素各变量内部一致性系数 *Rwg* 平均值为 0.71~0.78、中位数为 0.75~0.77，均高于 0.7 的建议值；组内相关系数 *ICC*（1）为 0.20~0.30，高于临界值 0.12，组间信度系数 *ICC*（2）为 0.52~0.64，高于临界值 0.5。各变量均符合 *Rwg* 和 *ICC* 指标的检验标准，本研究可以将个体层面数据加总平均聚合到团队层面。

2.2 家庭医生团队基本情况及团队知识共享情况

1 587 名家庭医生团队成员中，男 722 例（45.49%），女 865 例（54.51%）；平均年龄为（43.7±11.2）岁；学历方面，高中/中专及以下居多［638 例（40.20%）］，大专学历次之［594 例（37.43%）］，本科相对较少［347 例（21.87%）］；专业背景方面，西医临床 891 例（56.14%），护理 477 例（30.06%），预防医学 53 例（3.34%），中医临床 52 例（3.28%）；用工形式以正式编制为主［827 例（52.11%）］，合同制次之［347 例（21.87%）］。团队异质性方面，性别异质性指数为（0.37±0.16），年龄异质性指数为（0.24±0.10），学历异质性指数为（0.49±0.15），专业背景异质性指数为（0.46±0.16），用工形式异质性指数为（0.46±0.20）。

381 个家庭医生团队中，团队成立时间以 5~6 年居多［187 个（49.1%）］，团队成员数以 5~6 人为主［269 个（70.6%）］，团队成员组成以“家庭医生＋护士＋公共卫生医生＋乡村医生＋固定上级指导专家”为主［252 个（66.1%）］，管辖居民数基本≤2 000 人［330 个（86.61%）］，近 3 年有人员流动的团队 224 个（58.8%）。团队长发挥作用较强的团队 200 个（52.5%），感知沟通强度较高的团队 186 个（48.8%），平台载体使用水平较高的团队 200 个（52.5%），活动强度较高的团队 180 个（47.2%），合作配合满意度较高的团队 188 个（49.3%），团队管理满意度为中等水平的团队 187 个（49.1%），成员学习积极性较高的团队 203 个（53.3%），成员学习收获较高的团队 188 个（49.3%）。

381 个家庭医生团队的团队知识共享总得分为（27.84±3.84）分。其中，显性知识共享总得分为（11.01±1.57）分，平均条目水平得分为（5.51±0.79）分；隐性知识共享总得分为（16.83±2.32）分，平均条目水平得分为（5.61±0.77）分。

2.3 不同基本情况的家庭医生团队知识共享总分及各维度得分比较

不同团队成立时间、团队成员组成、近 3 年人员流动情况、团队长作用、团队沟通强度、平台载体使用水平、团队活动强度、合作配合满意度、团队管理满意度、成员学习积极性、成员学习收获程度家庭医生团队的团队知识共享总得分及各维度得分比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）；不同团队成员数、管辖居民数家庭医生团队的团队知识共享总得分及各维度得分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），见表 1。

2.4 家庭医生团队知识共享影响因素的多元线性逐步回归分析

分别以家庭医生团队知识共享总得分、显性知识共享维度得分、隐性知识共享维度得分为因变量（赋值：以实际值纳入），将团队异质性变量、表 1 中差异有统计学意义的变量作为自变量，进行多元逐步线性回归（$\alpha_{入}=0.05$，$\alpha_{出}=0.10$）。结果显示，学历异质性、团队长作用、团队沟通强度、平台载体使用水平、团队活动强度、成员学习积极性是家庭医生团队知识共享总得分的影响因素（$P<0.05$）；学历异质性、团队沟通强度、平台载体使用水平、团队活动强度、成员学习积极性是家庭医生团队显性知识共享维度得分的影响因素（$P<0.05$）；学历异质性、团队长作用、团队沟通强度、平台载体使用水平、团队活动强度、合作配合满意度、成员学习积极性是家庭医生团队隐性知识共享维度得分的影响因素（$P<0.05$），见表 2。

3 讨论

3.1 家庭医生团队知识共享现状分析

本研究结果显示，县域医共体下家庭医生团队知识共享总得分为（27.84±3.84）分，条目水平得分为（5.57±0.77）分，在整体 1~7 分的得分范围内处于中



表 1 不同特征家庭医生团队的知识共享得分比较（$\bar{x} \pm s$，分）

Table 1 Comparison of knowledge sharing scores of family doctor teams with different characteristics

项目	例数	团队知识共享总分	团队显性知识共享	团队隐性知识共享
团队成立时间				
≤ 4 年	65	28.48 ± 3.98	11.22 ± 1.61	17.26 ± 2.42
5~6 年	187	27.11 ± 4.09	10.70 ± 1.64	16.41 ± 2.50
≥ 7 年	129	28.59 ± 3.17	11.37 ± 1.36	17.21 ± 1.87
F 值		6.918	8.051	6.032
P 值		0.001	<0.001	0.003
团队成员数				
≤ 4 人	59	27.62 ± 4.42	10.92 ± 1.92	16.71 ± 2.57
5~6 人	269	27.72 ± 3.84	10.97 ± 1.55	16.74 ± 2.34
≥ 7 人	53	28.74 ± 3.04	11.34 ± 1.24	17.40 ± 1.84
F 值		1.695	1.357	1.873
P 值		0.185	0.259	0.155
团队成员组成				
家庭医生 + 护士 + 公共卫生医生 + 乡村医生	40	27.58 ± 5.34	11.04 ± 2.11	16.54 ± 3.26
家庭医生 + 护士 + 公共卫生医生 + 乡村医生 + 固定上级指导专家	252	28.05 ± 3.57	11.08 ± 1.49	16.97 ± 2.14
家庭医生 + 护士 + 公共卫生医生 + 乡村医生 + 固定上级指导专家 + 医技 / 药技 / 其他专科医师	43	28.69 ± 1.99	11.31 ± 0.82	17.39 ± 1.30
家庭医生 + 护士 + 公共卫生医生 + 乡村医生 + 固定上级指导专家 + 社区工作人员	9	25.73 ± 4.71	10.20 ± 1.90	15.53 ± 2.81
其他	37	26.29 ± 4.65	10.42 ± 1.88	15.87 ± 2.78
F 值		3.003	2.418	3.390
P 值		0.018	0.048	0.010
管辖居民数				
<1 000 人	184	28.17 ± 3.79	11.15 ± 1.56	17.02 ± 2.29
1 000~2 000 人	146	27.69 ± 3.89	10.96 ± 1.57	16.72 ± 2.36
>2 001 人	51	27.13 ± 3.87	10.67 ± 1.62	16.46 ± 2.32
F 值		1.668	2.052	1.386
P 值		0.190	0.130	0.251
近 3 年有无人员流动				
无	157	28.51 ± 3.27	11.29 ± 1.34	17.23 ± 1.97
有	224	27.38 ± 4.14	10.82 ± 1.69	16.55 ± 2.50
t 值		−2.989	−2.965	−2.938
P 值		0.003	0.003	0.004
团队长作用				
低	40	21.63 ± 2.91	8.55 ± 1.07	13.08 ± 1.91
中	141	26.19 ± 2.37	10.33 ± 0.98	15.87 ± 1.47
高	200	30.25 ± 2.65	11.99 ± 1.15	18.26 ± 1.58
F 值		231.682	215.158	221.438
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

（续表 1）

项目	例数	团队知识共享总分	团队显性知识共享	团队隐性知识共享
团队沟通强度				
低	32	21.62 ± 3.37	8.53 ± 1.26	13.09 ± 2.18
中	163	25.99 ± 2.66	10.22 ± 1.07	15.77 ± 1.67
高	186	30.54 ± 2.28	12.14 ± 0.96	18.40 ± 1.39
F 值		241.149	249.697	214.206
P 值		<0.001	<0.001	<0.001
平台载体使用水平				
低	33	22.14 ± 3.28	8.77 ± 1.28	13.37 ± 2.09
中	148	25.63 ± 2.67	10.07 ± 1.06	15.55 ± 1.67
高	200	30.43 ± 2.34	12.08 ± 1.00	18.35 ± 1.41
F 值		239.384	238.103	218.410
P 值		<0.001	<0.001	<0.001
团队活动强度				
低	36	21.54 ± 2.93	8.44 ± 1.07	13.11 ± 1.96
中	165	26.11 ± 2.50	10.32 ± 1.03	15.80 ± 1.55
高	180	30.69 ± 2.25	12.17 ± 0.96	18.52 ± 1.36
F 值		286.268	277.951	262.172
P 值		<0.001	<0.001	<0.001
合作配合满意度				
低	30	21.10 ± 2.75	8.30 ± 1.01	12.80 ± 1.84
中	163	26.15 ± 2.68	10.28 ± 1.07	15.87 ± 1.68
高	188	30.39 ± 2.51	12.08 ± 1.04	18.30 ± 1.54
F 值		224.502	236.340	198.002
P 值		<0.001	<0.001	<0.001
团队管理满意度				
低	16	20.08 ± 2.47	7.98 ± 0.80	12.10 ± 1.79
中	187	26.17 ± 2.98	10.30 ± 1.19	15.86 ± 1.84
高	178	30.31 ± 2.70	12.03 ± 1.17	18.27 ± 1.62
F 值		159.892	156.609	150.008
P 值		<0.001	<0.001	<0.001
成员学习积极性				
低	24	21.23 ± 3.17	8.35 ± 1.13	12.88 ± 2.15
中	154	25.82 ± 2.60	10.17 ± 1.06	15.65 ± 1.60
高	203	30.16 ± 2.79	11.97 ± 1.16	18.19 ± 1.69
F 值		184.488	184.534	169.428
P 值		<0.001	<0.001	<0.001
成员学习收获程度				
低	29	21.42 ± 3.21	8.49 ± 1.27	12.93 ± 2.02
中	164	26.02 ± 2.59	10.25 ± 1.08	15.77 ± 1.59
高	188	30.42 ± 2.57	12.07 ± 1.07	18.35 ± 1.56
F 值		215.952	205.996	203.563
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

表 2 家庭医生团队知识共享影响因素的多元线性逐步回归分析

Table 2 Stepwise multiple linear regression analysis of influencing factors of knowledge sharing in family doctor teams

变量	*b*（95%*CI*）	*b*′	*SE*	*t* 值	*P* 值
因变量：团队知识共享总得分					
学历异质性（以实际值纳入）	−1.834（−3.214~−0.455）	−0.072	0.702	−2.615	0.009
团队长作用					
高	2.670（1.639~3.701）	0.347	0.524	5.091	<0.001
中	2.085（1.188~2.982）	0.262	0.456	4.571	<0.001
团队沟通强度（以低为参照）					
中	1.396（0.357~2.434）	0.180	0.528	2.643	0.009
高	2.458（1.222~3.694）	0.320	0.629	3.910	<0.001
平台载体使用水平（以低为参照）					
高	0.853（0.053~1.652）	0.111	0.407	2.097	0.037
团队活动强度（以低为参照）					
中	1.475（0.458~2.491）	0.190	0.517	2.852	0.005
高	3.262（2.062~4.463）	0.424	0.611	5.343	<0.001
成员学习积极性（以低为参照）					
高	2.580（1.435~3.726）	0.335	0.583	4.430	<0.001
中	1.221（0.143~2.299）	0.156	0.548	2.228	0.027
因变量：显性知识共享维度得分					
学历异质性（以实际值纳入）	−0.715（−1.298~−0.131）	−0.069	0.297	−2.409	0.016
团队沟通强度（以低为参照）					
高	1.254（0.739~1.768）	0.399	0.262	4.794	<0.001
中	0.640（0.208~1.072）	0.201	0.219	2.916	0.004
平台载体使用水平（以低为参照）					
高	0.496（0.166~0.825）	0.157	0.168	2.957	0.003
团队活动强度（以低为参照）					
高	1.651（1.160~2.141）	0.524	0.249	6.620	<0.001
中	0.949（0.537~1.362）	0.299	0.210	4.526	<0.001
成员学习积极性（以低为参照）					
高	1.241（0.763~1.718）	0.394	0.243	5.111	<0.001
中	0.656（0.205~1.107）	0.205	0.229	2.859	0.004
因变量：隐性知识共享维度得分					
学历异质性（以实际值纳入）	−1.149（−2.017~−0.282）	−0.075	0.441	−2.604	0.010
团队长作用（以低为参照）					
高	1.854（1.212~2.496）	0.400	0.327	5.675	<0.001
中	1.313（0.749~1.878）	0.274	0.287	4.574	<0.001
团队沟通强度（以低为参照）					
高	1.475（0.708~2.242）	0.318	0.390	3.783	<0.001
中	0.953（0.311~1.595）	0.204	0.326	2.920	0.004
平台载体使用水平（以低为参照）					
高	0.557（0.046~1.069）	0.120	0.260	2.144	0.033
团队活动强度（以低为参照）					
高	2.029（1.290~2.769）	0.437	0.376	5.398	<0.001
中	0.793（0.162~1.423）	0.170	0.321	2.473	0.014
合作配合满意度（以低为参照）					
高	0.545（0.136~0.953）	0.116	0.208	2.622	0.009
成员学习积极性（以低为参照）					
高	0.987（0.591~1.383）	0.213	0.201	4.901	<0.001

上水平。从结构维度看，家庭医生团队显性知识共享的条目水平得分为（5.51±0.79）分，低于隐性知识共享的（5.61±0.77）分，团队成员感知以隐性知识共享为主，这与学者在科研团队等团队研究中得到的成员感知显性知识共享更强的结果有一定差异[12]。原因可能在于医疗活动中需要解决较为复杂的个体差异化问题，对工作经验能力、服务质量把控及协调能力等隐性知识依赖性更强[13]；也有研究指出，团队成员之间积极沟通和合作、与上级医生开展信息共享及积极参与知识技能素质学习是全科医生团队提供优质签约服务所需的能力[14]。从知识共享内容看，县域医共体下显性知识主要指团队工作制度与服务规范，以及疾病诊疗、用药指导等诊疗指导；隐性知识主要包括临床知识和技能、基本公共卫生服务技能、医患沟通技巧、疾病综合判断能力等。从知识共享形式看，县域医共体下家庭医生团队内部知识共享行为主要采用线上形式，线下形式包括下乡督导、业务指导和义诊巡诊等，也包括团队业务培训学习和乡村医生例会的形式。

3.2 团队异质性对家庭医生团队知识共享的影响

研究结果显示，学历异质性较低的家庭医生团队知识共享水平较高。从社会分类的角度来看，性别、年龄、学历等人口学特征的相似与否是团队成员区分自己与他人、形成团队内子团队的主要线索，成员会更容易认同与自己特征相似成员的观点，倾向于与自己所属子团队交流，与其他子团队减少沟通，形成团队断裂带，最终损害团队绩效[15]。家庭医生团队成员之间的学历差异会引起团队内部的社会分类过程，学历水平相当的成员会产生更多共鸣，在知识利用行为上互动频繁；学历水平差距较大的团队成员由于社会分类隶属于不同子团队，可能不愿与子团队外的成员建立交换关系[16]，在团队工作中成员将知识和信息传递给非子团队成员的意愿较低，进而降低了团队知识共享效率。本次调研的县域医共体下家庭医生团队成员之间学历差异性较高，需要通过加强交流及团队活动打破子团队之间的壁垒，促进不同成员的知识流通和观点互换，提升团队整体的诊疗范围和诊治能力，提示团队长及医疗机构领导应关注家庭医生团队的知识共享，必要时予以干预。

3.3 团队互动因素对家庭医生团队知识共享的影响

团队沟通强度和活动强度对家庭医生团队知识共享产生影响。团队沟通强度对家庭医生团队知识共享水平有正向影响。县域医共体下家庭医生团队各成员分布在乡镇卫生院、村卫生室等不同地点，团队成员间的信息交流和沟通是团队运行协作过程中必不可少的行为[17]。除共同下乡开展服务外，家庭医生团队日常沟通常采用微信群等线上交流形式进行活动安排、疾病初判和用药指导等知识传递与沟通，这个过程中团队成员沟通越密

切、强度越高，知识的传递和流动越快。此外，家庭医生团队成员工作任务不是独立存在和执行的，根据家庭医生团队效能模型[18]，良好的沟通能够提高成员积极性，形成良好团队氛围，对团队成员间知识共享产生积极作用。研究结果显示，团队活动强度较高及中等的团队知识共享水平高于团队活动强度较低的团队。县域医共体下，家庭医生团队活动主要包括下乡服务、义诊，组织团队成员知识培训、讲座及例会讨论等。家庭医生团队集体线下活动越频繁、内容越丰富，团队成员相处时间增加、互动增多，共同开展服务过程中能开展慢性病管理与控制、中医适宜技术、临床护理技能等临床实践技能操作的带教示范与业务指导，促进依赖团队活动中的实践操作示范与指导的隐形知识共享[19]。

家庭医生团队成员学习积极性及合作配合满意度的感知程度对团队知识共享产生影响。成员学习积极性较高的家庭医生团队知识共享水平高于成员学习较低的团队。有学者指出，知识共享的态度比主观规范更能影响团队成员知识分享的意愿[20]。从知识接受者角度来看，为适应家庭医生服务工作，团队成员必须获取相关知识与技能以实现人与工作匹配，团队内部其他成员的知识交流和共享成为知识接受者便利获取新知识及实践应用的重要途径。从知识分享者的角度，如果知识接受者拥有较强的学习意愿，基于知识共享的利他性，分享者会有更强的分享意愿，尤其是家庭医生服务中诊疗活动和技术操作这类需要通过“身教”而不止“言传”的隐性知识，知识分享者的意愿在其中会产生较大的影响。结果显示，家庭医生团队成员合作配合满意度对团队隐性知识共享有正向影响。家庭医生团队成员对团队合作配合的满意度是成员感知到信任、人际关系和支持帮助、团队关系和氛围的体现。良好的团队配合在家庭医生团队节约医疗资源、提升服务质量等方面作用明显[21]。团队成员感知到较高合作配合满意度，会更愿意将自身的知识传递和共享给他人。医学的隐性知识需要通过实践操作传递，没有传递途径，隐性知识较难在成员之间流动。家庭医生团队成员合作配合满意度对隐性知识共享影响更为明显，如果知识分享者对团队合作配合满意度感知较差，其在团队内展示出自身拥有的隐性知识可能性会降低，影响隐形知识在团队中的交流与传递。

3.4 团队管理因素对家庭医生团队知识共享的影响

家庭医生团队对平台载体的使用程度也会对团队知识共享产生影响，平台载体使用程度越高，家庭医生团队知识共享水平越高。县域医共体搭建的知识管理系统、病历库等信息平台，可以为知识共享提供技术支撑[6]。当前已有较多地区通过乡村紧密一体化和智慧化信息平台系统的建设、培训常态化和规范化等多种形式加强了团队知识共享行为。家庭医生团队知识共享的平台载体还包括电话、微信、云端平台等，拥有且有效使用平台载体的家庭医生团队能够实现远程便捷而有效的沟通，乡村医生在诊疗过程中可以及时咨询上级家庭医生，对护理操作等有疑问可以及时咨询团队护士；同样，家庭医生在接受上转患者后可以通过平台及时获取患者病情进展和用药情况。在这个过程中，知识和经验通过平台载体在多个团队成员间流动和共享，克服了空间的限制。

家庭医生团队长的作用发挥是团队知识共享，尤其是隐性知识共享的影响因素，团队长作用发挥越强，团队知识共享水平越高。县域医共体下，团队长通常由家庭医生担任[22]，家庭医生也是团队中知识主要分享者。当团队长发挥积极作用，严格把关团队内事务，主动共享知识与技能时，团队内将形成积极讨论和分享的氛围，增强成员间的信任，激发团队成员共享积极性。称职的团队长会组织集体下乡、病例讨论、知识培训等团队活动，促进成员交流工作经验、技巧和诀窍；同时，作为团队中知识主要分享者，团队长手把手教学、分析典型病例，对团队成员工作进行指导，传递隐性知识。此外，医疗团队中包容性领导能减少医生间因身份等级制度造成的距离感，促进团队知识共享[23]，在家庭医生团队中亦然，包容性团队长能够拉近自身与成员的距离，避免在交流中产生距离感，成员也更愿意与团队长交流。

3.5 提高医共体内家庭医生团队成员知识共享水平的对策建议

家庭医生团队作为知识密集型团队，团队内知识共享能够最大化利用团队知识资源、提高资源利用效率。重视并有效利用家庭医生团队中的知识资源、激发知识共享行为是优化家庭医生服务的重要途径之一。为提升县域医共体下家庭医生团队知识共享质量与效率，结合上述讨论与分析，提出如下建议：（1）提高团队活动频率与团队沟通强度，促进团队成员之间密切交流，增进团队成员之间的了解、信任与相互理解，降低不同学历带来团队成员社会分类的影响，引导显隐性知识在不同团队成员之间的传递和流动。（2）激发团队知识共享的内生动力，开展以团队为单位的考核和激励，激发团队成员协作配合的积极性与主动性，提升团队向心力，提高团队合作配合满意度；采取知识共享激励措施，刺激成员知识共享意愿及学习动力，引导成员间主动进行知识与经验的分享。（3）充分发挥团队长作用，不仅要引导团队长分享知识和技能，更要通过激励措施促使团队长承担管理责任，推动形成团队成员主动沟通、相互学习的良好氛围。（4）拓展知识共享渠道，提高信息化建设水平和应用水平，充分利用县域医共体的优势，根据家庭医生团队需求，提供专家下沉技术帮扶、临床技能操作培训、岗位专业技能培训等，进一步加强医共体内家庭医生团队内部知识共享的针对性和深度。

4 小结

本研究通过对湖北省县域医共体下家庭医生团队知识共享现状进行调查，发现家庭医生团队知识共享受多种因素影响，主要包括团队异质性因素、团队互动因素、团队管理因素 3 个方面。其中，团队异质性因素主要是学历异质性；团队互动因素包括团队沟通强度、团队活动强度、成员学习积极性及合作配合满意度；团队管理因素包括平台载体使用和团队长作用。卫生行政部门和管理者应重视提高家庭医生团队的团队活动与团队沟通强度，采取激励措施，充分发挥团队长作用，拓展知识共享渠道，多措并举促进家庭医生团队成员知识共享，提高家庭医生服务质量和业务水平。本研究的局限性在于：（1）本研究资料来自调查对象自我评价，通过将个体层面数据聚合得到团队数据，可能存在一定报告偏差和聚合偏差；（2）本研究为横断面调查，无法推断因果关系；（3）本研究采用方便抽样法，一定程度上影响了代表性。研究团队计划未来开展更为全面的纵向研究，并扩展调研范围，以期为该领域研究积累证据。

作者贡献：丛雅婷、戴遥、鲍欣雨、陶红兵负责文章的构思与设计；丛雅婷、戴遥、鲍欣雨负责数据收集、整理与清洗；丛雅婷负责统计学处理、论文撰写；戴遥、鲍欣雨负责论文的校对、修订；陶红兵负责文章的质量控制，对文章整体负责。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 李萍，钱巧慧，崔丽，等. 医联体内知识共享的范畴研究［J］. 中国全科医学，2018，21（13）：1539-1545. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2018.13.006.

[2] 潘莎莎，马程乘，崔璐，等. 家庭医生团队动力量表汉化及信效度检验［J］. 中国全科医学，2023，26（16）：2047-2054. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0388.

[3] 樊治平，孙永洪. 知识共享研究综述［J］. 管理学报，2006，3（3）：371-378. DOI：10.3969/j.issn.1672-884X.2006.03.023.

[4] HUANG X，HSIEH J J，HE W. Expertise dissimilarity and creativity：the contingent roles of tacit and explicit knowledge sharing［J］. J Appl Psychol，2014，99（5）：816-830. DOI：10.1037/a0036911.

[5] 胡佳慧，方安，赵琬清，等. 面向知识发现的中文电子病历标注方法研究［J］. 数据分析与知识发现，2019，3（7）：123-132. DOI：10.11925/infotech.2096-3467.2018.1454.

[6] 陈洁. 医院团队知识共享影响因素的编码研究［J］. 中国医院管理，2014，34（2）：65-67.

[7] 胡蓉，陈惠芳，徐卫国. 移动医疗服务中医患互动对患者感知价值的影响：以知识共享为中介变量［J］. 管理科学，2018，31（3）：75-85. DOI：10.3969/j.issn.1672-0334.2018.03.007.

[8] 高晓燕，辛文琳，康敏，等. 医联体内知识共享的互动形式及保障机制研究［J］. 中国全科医学，2018，21（13）：1546-1549. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2018.13.007.

[9] BOCK，ZMUD，KIM，et al. Behavioral intention formation in knowledge sharing：examining the roles of extrinsic motivators，social-psychological forces，and organizational climate［J］. MIS Q，2005，29（1）：87-111. DOI：10.2307/25148669.

[10] 罗胜强，姜嬿. 管理学问卷调查研究方法［M］. 重庆：重庆大学出版社，2014.

[11] SHIN S J，KIM T Y，LEE J Y，et al. Cognitive team diversity and individual team member creativity：a cross-level interaction［J］. Acad Manag J，2012，55（1）：197-212. DOI：10.5465/amj.2010.0270.

[12] 谢洪涛，赖应良，孙玉梅. 科研团队社会资本、个体动机对个体知识共享行为的影响——基于多层线性模型的跨层次分析［J］. 技术经济，2016，35（1）：30-35. DOI：10.3969/j.issn.1002-980X.2016.01.005.

[13] 刘志国，崔健. 医院科技创新与隐性知识共享［J］. 中华医院管理杂志，2006，22（4）：222-224. DOI：10.3760/j.issn：1000-6672.2006.04.003.

[14] 马志强，郭乐，李钊，等. 签约服务情境下基于扎根理论的全科医生胜任力模型构建研究［J］. 中国全科医学，2023，26（4）：460-466，485. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0376.

[15] 陈帅. 团队断裂带对团队绩效的影响：团队交互记忆系统的作用［J］. 心理学报，2016，48（1）：84-94. DOI：10.3724/SP.J.1041.2016.00084.

[16] 林陵娜，施建刚，唐代中. 考虑知识隐藏的项目团队知识共享激励研究［J］. 科研管理，2015，36（5）：162-170. DOI：10.19571/j.cnki.1000-2995.2015.05.018.

[17] PYPE P，MERTENS F，HELEWAUT F，et al. Healthcare teams as complex adaptive systems：understanding team behaviour through team members' perception of interpersonal interaction［J］. BMC Health Serv Res，2018，18（1）：570. DOI：10.1186/s12913-018-3392-3.

[18] 陈皓阳，付硕雄，莫雯茜，等. 家庭医生团队的优化研究：基于团队效能模型［J］. 卫生经济研究，2022，39（2）：54-57. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.02.015.

[19] 王旋，荀莉，温贤秀. 护士隐性知识共享的研究进展［J］. 护理学杂志，2023，38（7）：125-128. DOI：10.3870/j.issn.1001-4152.2023.07.125.

[20] 沈旺，王淇，李望宁. 团队知识共享研究综述［J］. 图书馆学研究，2017（18）：8-16，82. DOI：10.15941/j.cnki.issn1001-0424.2017.18.002.

[21] 王佳欣，赵亚利. 国内外医疗团队合作评估工具系统综述［J］. 中国全科医学，2023，26（31）：3951-3962. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0659.

[22] 景日泽，方海. 基于供需视角的中国家庭医生签约服务研究进展［J］. 中国全科医学，2020，23（25）：3131-3138. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.389.

[23] 马跃如，蒋珊珊，张静. 包容性领导对医疗团队绩效影响的实证研究：基于团队认知的视角［J］. 湖南大学学报：社会科学版，2019，33（1）：78-84. DOI：10.16339/j.cnki.hdxbskb.2019.01.010.

（收稿日期：2023-12-01；修回日期：2024-04-29）

（本文编辑：王凤微）